

dedans à travers la parotide. Il sera bon de rechercher si les lipomes parotidiens profonds font saillie du côté de la bouche, car, en les attaquant par la voie buccale, on substituerait une opération très légère à un grave traumatisme.

Kystes, adénomes, adéno-sarcomes de la joue. — Au-dessous de l'aponévrose buccinatrice, entre ce feuillet fibreux et le muscle, se trouve constamment un groupe de glandes en grappe dont le conduit excréteur traverse les fibres musculaires et va s'ouvrir à la surface de la muqueuse. Il est vraisemblable que les kystes ou les tumeurs solides de nature bénigne que l'on observe, parfois, rarement, il est vrai, dans l'épaisseur des joues, ont pour point de départ ce groupe glandulaire. Bridées par l'aponévrose, ces tumeurs ont plus de tendance à faire saillie du côté de la muqueuse que vers la peau, et c'est par la bouche qu'il convient de les attaquer. Je crois inutile de m'y arrêter davantage, car c'est tout ce qu'elles présentent de particulier dans cette région. On éviterait la blessure du canal de Sténon en pratiquant une incision horizontale en dehors de la ligne que j'ai indiquée précédemment comme représentant la direction du canal.

Le canal de Sténon peut renfermer des calculs, des corps étrangers introduits par son orifice dilaté; il peut contenir des caillots sanguins à la suite d'une contusion de la face. Dans ces diverses circonstances, le cours de la salive est interrompu, et il en résulte un gonflement très douloureux de la glande parotide. Le toucher buccal permet parfois de reconnaître la présence d'un calcul dont on pratique facilement l'extraction directe en incisant la muqueuse à sa surface, mais on peut ne pas le sentir, et le diagnostic n'est établi qu'à l'aide du cathétérisme. Cette exploration peut aussi servir de moyen de traitement lorsqu'il s'agit d'une obstruction passagère du canal.

J'ai observé cette année dans mon service (mai 1886), chez une femme d'une quarantaine d'années, une affection du canal de Sténon que je crois absolument rare. Sous une influence que je n'ai pu déterminer, ce canal se dilata peu à peu et, dans l'espace de dix-huit mois, parvint à acquérir le volume d'un œuf de poule. La tumeur était bilobée, dirigée transversalement dans le sens du canal et à peu près indolente. La pression à sa surface faisait sourdre à travers l'orifice buccal un liquide lactescent. La glande

elle-même n'était pas tuméfiée. Je fendis largement le kyste par la bouche et touchai la surface interne avec la teinture d'iode, ce qui amena la guérison.

Bien que l'orifice du canal de Sténon soit très étroit, on réussit cependant à y introduire un stylet fin. Il suffit de se rappeler qu'il correspond à la partie moyenne du collet de la première grosse molaire supérieure, qu'il est situé à 4 millimètres au-dessous du cul-de-sac de la muqueuse gingivo-buccale et à 33 millimètres environ en arrière de la commissure. Les courbures du canal causeront un léger obstacle au cathétérisme, mais on les fera disparaître par une traction exercée sur la joue.

3° MALADIES DES LÈVRES.

Les lèvres sont le siège de deux affections que nous rencontrons communément dans la pratique et qui nécessitent toujours une intervention active et souvent délicate: c'est l'épithéliome et le bec-de-lièvre: je m'en occuperai donc d'une façon plus spéciale. On y observe cependant aussi d'autres vices de conformation, tels que la macrochylie, l'atrésie buccale. Elles sont également le siège de plaies, d'abcès, de furoncles, d'antrax, d'ulcérations, de tumeurs variées dont je dirai seulement quelques mots.

Macrochylie. — Une grosse lèvre est presque toujours l'indice d'un tempérament scrofuleux et ne nécessite aucune intervention. En est-il de même de ces hypertrophies énormes de la lèvre supérieure, de ces sortes d'éléphantiasis que l'on peut comparer à la macroglossie, analogues à celle qu'a présentée M. Blot à la Société de chirurgie en 1873? Dolbeau a résolu la question en opérant, en 1874, l'enfant auquel je viens de faire allusion. Il dédoublait la lèvre à l'aide de deux incisions horizontales, l'une rapprochée de la peau, l'autre de la muqueuse; et en enleva un fragment de forme prismatique et triangulaire. Après avoir ainsi diminué l'épaisseur de la lèvre, il en diminua la largeur en retranchant un lambeau triangulaire de la muqueuse comprenant environ le tiers moyen de celle-ci.

Il n'y eut pas d'hémorrhagie appréciable.

L'examen histologique de cette pièce exceptionnelle, sinon unique, faite par le professeur Grancher, alors chef du laboratoire d'histologie de Clamart, démontra qu'elle était essentiellement

composée de faisceaux de tissu conjonctif parfaitement organisé. Entre les faisceaux existaient des espaces de dimensions variables qui n'étaient autres que des espaces lymphatiques.

Atrésie buccale. — Si l'orifice buccal est parfois large, il peut aussi être très étroit, surtout dans certains cas pathologiques, à la suite de brûlures, par exemple. On peut remédier à cette atrésie par la très ingénieuse opération de Diffenbach, qui consiste à retrancher au niveau de chaque commissure un lambeau ayant la forme d'un V à base interne comprenant *seulement* la peau; à diviser ensuite la muqueuse et à en ourler les deux lèvres de la plaie cutanée.

Plaies des lèvres. — Les plaies des lèvres s'observent fréquemment : je ne parle pas des plaies chirurgicales dont je m'occuperai plus loin. Bien qu'elles soient ordinairement contuses, il n'en faut pas moins pratiquer la réunion avec le plus grand soin en retranchant au besoin avec des ciseaux les petits lambeaux de peau ou de muqueuse qui pourraient s'opposer à la réunion immédiate. La suture doit être faite de façon que les artères coronaires soient comprises dans l'anse du fil. Je préfère la suture à points séparés avec des fils métalliques à la suture avec les épingles.

Abcès des lèvres, furoncles, anthrax. — Les abcès proprement dits des lèvres sont assez rares; il n'en est pas de même des furoncles et des anthrax, qu'on y observe fréquemment, surtout à la lèvre supérieure, grâce au grand nombre de follicules pileux et de glandes sébacées qui s'y trouvent. Je rapprocherai de ces deux affections la pustule maligne, qui se rencontre aux lèvres comme d'ailleurs sur toutes les parties découvertes du corps. Ces diverses affections, très douloureuses, empruntent leur principal caractère de gravité à ce qu'elles peuvent déterminer une phlébite de la veine faciale qui se propage à la veine ophthalmique et au sinus caverneux avec tous les accidents de la thrombose des sinus. Le meilleur traitement consiste dans le débridement avec le bistouri ou mieux avec le thermo-cautère, s'il s'agit d'une pustule maligne.

Ulcérations des lèvres. — On rencontre très souvent sur les lèvres des ulcérations de diverse nature. Ce sont tantôt des

plaques d'herpès qu'il est très facile de reconnaître au groupement des vésicules multiples qui les composent ou des aphthes de courte durée, ou bien des plaques muqueuses qui occupent de préférence les commissures. Ce sont encore des ulcérations cancéroïdales siégeant presque constamment sur la lèvre inférieure, ou un chancre induré. J'ai rencontré deux fois une vaste exulcération de toute la surface des deux lèvres, très douloureuse, rebelle au traitement, sur des hommes d'ailleurs très bien portants. Je n'ai pu en découvrir la cause.

Le praticien n'éprouve en général d'hésitation à se prononcer qu'entre le chancre induré et un ulcère épithélial, mais, outre que ces deux affections ont une physionomie spéciale qui trompe peu quand on les a observées une seule fois, le chancre se présente de préférence chez les jeunes sujets, arrive en quelques jours à un degré d'ulcération que le cancroïde mettrait plusieurs mois à atteindre, et s'accompagne dès le début d'adénopathie sous-maxillaire, caractères opposés à ceux de l'épithéliome.

Tumeurs des lèvres. — Il n'entre pas de tissu adipeux dans la constitution des lèvres, pas plus que dans celle des paupières ou de la verge, aussi n'y rencontre-t-on pas de lipomes. Par contre, les lèvres sont très abondamment fournies de glandes acineuses qui forment sous la muqueuse une couche épaisse de plusieurs millimètres. Cette couche est parfois si abondante, qu'elle refoule la muqueuse et donne naissance à une sorte de double lèvre. Il n'y aurait aucun inconvénient à faire disparaître par une excision ce vice de conformation assez disgracieux.

Les glandes des lèvres peuvent être le point de départ de *kystes* et d'*adénomes*. Comme dans les autres régions, le tissu glandulaire peut coexister avec le tissu sarcomateux et cartilagineux. Ces tumeurs font de préférence saillie vers la muqueuse, et c'est de ce côté qu'il convient d'en faire l'extirpation.

Les lèvres sont assez fréquemment le siège d'*angiomes*. Je considère que le meilleur traitement consiste à larder la tumeur avec la pointe du thermo-cautère chauffée au rouge sombre de façon à ne provoquer aucun écoulement de sang. Il faut opérer le plus tôt possible.

Épithéliome des lèvres. — L'épithéliome ou cancroïde des lèvres, appelé encore cancer des fumeurs, est une affection des plus

communes, des plus graves, et qui atteint à peu près exclusivement le sexe masculin.

On en a cherché l'explication dans l'usage du tabac, mais il y a des pays où les femmes fument, même la pipe, et elles ne sont pas pour cela atteintes de cancroïde des lèvres. La vérité est qu'une irritation locale prolongée peut déterminer l'apparition d'un épithéliome de la lèvre, mais sur un sujet qui est prédisposé. Cette affection siège presque toujours sur la lèvre inférieure.

Le cancroïde est une maladie de l'âge mûr et de la vieillesse, ce qui constitue même un élément de diagnostic. Il débute sur le bord libre de la lèvre et constitue d'abord un *petit bouton*, ainsi que disent les malades. Ce bouton, un peu dur, est parfaitement limité.

Il ne tarde pas à s'ulcérer, et les sécrétions de l'ulcère en se desséchant à l'air forment croûte. La croûte se détache ou bien est enlevée et à sa place on trouve une surface d'un rouge vif, granuleuse et saignante; une croûte se forme de nouveau et ainsi de suite. Cependant, la tumeur s'étend du côté de la muqueuse, du côté de la peau, et forme le plus souvent saillie au-dessus du niveau de la lèvre; c'est une surface rugueuse, inégale, mamelonnée, d'aspect mûral. Non seulement le cancroïde s'étend en profondeur, il s'étend aussi en largeur et finit par gagner la commissure voisine, de telle sorte qu'il ne reste presque plus de muqueuse saine. Plus tard encore la lèvre tout entière est envahie; des fragments sphacelés se détachent de la tumeur, et les incisives sont découvertes ainsi que le rebord alvéolaire. Le périoste du maxillaire inférieur se prend à son tour, fait corps avec le tissu morbide, et l'histologie nous enseigne qu'à cette période l'os lui-même est pénétré par des traînées de tissu épithélial. La salive, qui n'est plus retenue, s'écoule incessamment par la bouche, entraînant avec elle le pus sanieux que sécrète la surface ulcérée, ce qui cause au malheureux un tourment continuel, d'autant plus que la sécrétion salivaire est encore plus active qu'à l'état normal.

Au début de l'affection, les ganglions sous-maxillaires sont intacts, mais ils ne tardent pas à être atteints, et c'est à constater leur lésion que doit surtout s'attacher le chirurgien lorsqu'ils sont encore petits. Le meilleur mode d'exploration consiste à appliquer un doigt dans la bouche sur le plancher tandis qu'un doigt de l'autre main déprime la peau dans le point correspondant: on peut ainsi apprécier l'existence de ganglions d'un très petit volume. Plus tard, cette exploration minutieuse devient inutile, car les ganglions

forment sous la mâchoire une tumeur dure, immobile, appréciable même à la vue.

Tandis que les phénomènes locaux se déroulent ainsi, et même lorsque déjà ils sont parvenus à une période avancée, l'état général reste très bon; il n'existe aucun signe d'infection générale, ni de généralisation; le malade souffre peu et conserve toutes les apparences de la santé. Cependant, mais après de longs mois, il finit par maigrir, pâlir, devient jaune et succombe avec les signes de la cachexie cancéreuse.

Le traitement de l'épithéliome des lèvres est exclusivement chirurgical: il faut enlever la tumeur le plus tôt et aussi radicalement que possible: — le plus tôt possible, car on a chance d'arriver avant le commencement de l'infection ganglionnaire, et radicalement, afin de ne laisser aucune traînée épithéliale. Si les ganglions sous-maxillaires sont atteints, l'opération n'est complète et n'est légitime que si on les enlève en même temps que la tumeur. Lorsque la lèvre est détruite, le périoste atteint, l'os envahi, et qu'il existe sous la mâchoire une masse ganglionnaire indurée et partout adhérente, je pense qu'il convient de s'abstenir, car on est certain de ne pas enlever la totalité du mal. Ce qu'il faut éviter par-dessus tout, ce sont les demi-mesures, telles que les cautérisations légères au nitrate d'argent, qui ne font qu'activer la marche de la maladie, d'où le nom de *noli me tangere*.

Le procédé d'extirpation est en général des plus simples et varie d'ailleurs suivant l'étendue de la lésion. S'il n'existe qu'un simple bouton bien limité du volume d'un pois, par exemple, et ne dépassant pas le tissu muqueux de la lèvre, il suffit de l'enlever d'un coup de ciseaux courbes. Si la tumeur est plus volumineuse, mais que cependant une partie du bord libre soit saine, il faut, la lèvre étant préalablement bien tendue par un aide qui comprime en même temps les coronaires au niveau des commissures, il faut, dis-je, circonscrire la tumeur par deux incisions latérales qui se rejoignent au-dessous d'elle de façon à former un V. Les deux lèvres de la plaie sont ensuite rapprochées et réunies par première intention. L'ouverture de la bouche paraît d'abord singulièrement rétrécie, mais elle s'agrandit avec le temps, et c'est à grand-peine que l'on aperçoit les traces d'une opération, si la suture a été bien faite.

Si le cancroïde était fort étendu en largeur et occupait la

lèvre presque d'une commissure à l'autre, on serait contraint de ne pas réunir et de panser à plat. Enfin, si la lèvre est complètement envahie jusqu'à sa base et d'un côté à l'autre, il est nécessaire de boucher immédiatement la large brèche par une autoplastie. Le meilleur procédé, le seul même à employer, est celui de Chopart : faire partir de chaque angle de la plaie une incision verticale allant jusqu'à l'os hyoïde ; disséquer ce vaste lambeau carré, le relever jusqu'à ce que son bord supérieur réponde aux commissures et le suturer dans cette position. Le résultat immédiat de cette opération est très satisfaisant, car la perte de substance est exactement comblée : mais plus tard le lambeau se colle sur le maxillaire, se rétracte, et, comme son bord libre n'est pas recouvert de muqueuse, il reste immobile, ne retient que très incomplètement la salive et ne saurait remplir l'office de la lèvre.

Il est bien entendu que les ganglions lymphatiques seront enlevés par une incision indépendante, en suivant le procédé que j'indiquerai en étudiant les maladies du cou.

Bec-de-lièvre. — On désigne sous ce nom la division congénitale de la lèvre supérieure. On peut en effet négliger les divisions congénitales de la lèvre inférieure dont la science ne compte qu'un très petit nombre de cas. Pour bien comprendre le bec-de-lièvre, il est utile de faire appel au mode de développement des lèvres. Je le rappellerai sommairement.

Cette question d'embryogénie, restée longtemps obscure, a été résolue de la manière la plus complète par notre savant compatriote Coste. Tout le monde est aujourd'hui d'accord pour admettre que ce vice de conformation n'est autre chose qu'un arrêt de développement, plus ou moins compliqué suivant qu'il s'est produit à une période plus ou moins avancée de la vie embryonnaire.

Les lèvres ont pour origine des bourgeons qui, d'abord placés sur les côtés de l'extrémité céphalique, vont au-devant les uns des autres vers la ligne médiane, où ils finissent par se rencontrer et se souder.

La lèvre inférieure est formée de deux bourgeons, la lèvre supérieure de trois.

Les deux bourgeons de la lèvre inférieure marchent très vite l'un vers l'autre, et il est très rare qu'ils ne parviennent pas à se souder.

Les bourgeons de la lèvre supérieure sont l'un médian, les deux

autres latéraux. Le premier a été appelé par Coste *bourgeon incisif*, les seconds sont les *bourgeons maxillaires*. Le bourgeon incisif renferme les germes des dents incisives et est lui-même composé de deux moitiés symétriques. Il correspond à la cloison des fosses nasales.

Étant donné ces trois bourgeons qui marchent à la rencontre les uns des autres, on conçoit que, sous une influence que nous ignorons d'ailleurs complètement, la rencontre ne se fasse pas soit d'un côté, soit de l'autre, soit des deux à la fois, c'est-à-dire qu'il existe à la naissance un bec-de-lièvre unilatéral ou bilatéral. Il existe aussi des becs-de-lièvre médians par suite de l'écartement des deux moitiés de l'os incisif, mais le cas est tout à fait exceptionnel.

L'arrêt de développement peut porter sur toute la profondeur du bourgeon, c'est-à-dire qu'en même temps que la lèvre sera divisée on observera une fente portant à la fois sur la voûte ou le voile du palais : ce sera un bec-de-lièvre appelé *gueule de loup*. L'arrêt de développement pourra ne consister qu'en une encoche du bord libre de la lèvre supérieure, difformité qui est la plus simple de toutes, ou bien en une division limitée au voile du palais.

Le bec-de-lièvre unilatéral occupe le plus souvent le côté gauche.

Lorsqu'il est bilatéral et accompagné d'une division de la voûte palatine, c'est-à-dire lorsque les deux bourgeons maxillaires ont été frappés à la fois d'arrêt de développement dans toute leur profondeur, le bourgeon médian ou incisif, resté isolé sur la ligne médiane, n'en a pas moins continué à se développer. De plus, n'étant pas bridé en avant par la lèvre supérieure, puisqu'elle fait défaut, ce bourgeon prend parfois des proportions énormes ; il se déjette en avant, devient presque horizontal et forme un véritable bec d'oiseau qui continue la saillie du nez.

Le bec-de-lièvre présente donc des variétés multiples sur lesquelles il importe d'insister, parce que ce sont elles qui fournissent les indications et commandent le mode opératoire.

Le bec-de-lièvre est *simple* ou *compliqué*. Par l'expression de simple je n'entends pas dire que le bec-de-lièvre n'existe que d'un côté, car il peut être simple, quoique bilatéral.

On doit désigner sous le nom de bec-de-lièvre *simple* celui dont les bords peuvent se rapprocher complètement sans qu'il soit nécessaire de pratiquer le moindre décollement pour obtenir la